

# 修士論文 論文要旨

研究テーマ：

回復期リハビリテーション病棟における認知症を伴う大腿骨近位部骨折患者に対する包括的アプローチに向けた基礎研究 -退院後の転帰動向と作業療法士の介入状況の実態調査-

学籍番号 m1270032

氏名 細川寛将

研究指導教員 竹田徳則

研究指導補助教員

概要

**【背景】** 大腿骨近位部骨折（以下、骨折）に対するクリニカルパスは受傷前ADLが高い患者では入院期間の短縮と合併症防止に有効との報告がある。しかし、複雑な因子が絡み合う認知症併存骨折患者への検討は十分なされていない。このため認知症有無別による骨折患者の入退院時の実態と、作業療法（以下、OT）の把握が必要である。

**【目的】** 本研究は、回復期リハビリテーション（以下、回復期リハ）対象骨折患者の認知症有無別による医療/社会/生活/認知の検討とOT介入内容を把握し、認知症併存骨折患者に対するクリニカルパスやマニュアルの検討に必要な視点を獲得することが目的である。

**【対象と方法】** 対象は2010年4月から2012年3月末の期間に、A院回復期リハ病棟に入院した骨折患者111例（男性34例、女性77例、平均年齢 $81.7 \pm 9.7$ 歳）である。入院時評価のHDS-R得点20点以下「認知症群」44名と、21点以上「非認知症群」67名の2群に分け、対象情報として医療/社会/生活/認知を診療録より収集した。

**研究①-1：認知症有無別入院時比較：**認知症既往有無/受傷前要介護度/発症・手術日から回復期リハ病棟入院期間/世帯類型/介護者有無/受傷前住居/介護キーパーソン/配偶者同居率/入院時FIM（総合/運動/認知）/受傷前トイレ・歩行（独歩）レベル/退院後家族希望トイレ・移動レベルを用い検討した。統計学的分析には、EXCEL2010にて2群間の比較に $\chi^2$ 検定、Wilcoxon順位和検定を用い、有意水準を5%とした。なお、以下の研究①-2と研究②も同様とした。

**研究①-2：認知症有無別入退院時の差異と退院時比較：**理学療法（以下、PT）・OT単位数/回復期リハ平均入院日数/退院後サービス利用有無/転帰状況/キーパーソン別自宅退院率/入退院時FIM平均得点/トイレ自立・移動自立（FIM6点以上）の割合/トイレ・移動自立期間/FIM利得/FIM効率/入退院時HDS-R得点を用い検討した。二群間の比較には $\chi^2$ 検定、Wilcoxon順位和検定を、入院時退院時比較はWilcoxon符号順位和検定を用いた。なお、研究①-1、①-2はA院倫理委員会の承認を得て行った（承認番号24-12）。

**研究②：認知症併存大腿骨近位部骨折へのOT介入内容：**対象は、東海地区5病院の回復期リハ病棟に勤務する作業療法士41名（平均経験年数 $3.5 \pm 2.5$ 年）で、郵送自記式調査を実施した。調査項目は、認知症併存骨折患者への回復期リハ入院直後1週間の理想・実際のOT内容の優先順位/同患者への回復期病棟退院前1週間の理想・実際の同OT優先順位/OT協会マニュアルの認知・使用の有無/実施している認知症評価スケール/認知症併存骨折患者の「認知症」に対するOT内容/OTが今後認知症併存骨折患者に取り組むべき内容とした。統計学的分析では、記述統計を用いた。なお、本研究②は星城大学研究倫理委員会の承認を得て行った。（承認番号：2013C0022）

**【結果】** 研究①-1：主な結果として、既往認知症「あり」、要介護「3以上」とともに認知

症群の割合が高かった ( $p < 0.001$ ). 介護キーパーソンは認知症群で「実の息子」、非認知症群は「配偶者」が多かった ( $p < 0.01$ ). 配偶者同居率は非認知症群が高かった ( $p < 0.05$ ). 受傷前トイレ自立では非認知症群で多く ( $p < 0.001$ ), 退院後家族希望では, 移動自立に差はない一方でトイレ自立には差があった ( $p < 0.05$ ).

**研究①-2:** 主な結果として, 退院後利用サービスは認知症群の利用が多かった ( $p < 0.01$ ). 転帰先では認知症群が「自宅以外」の割合が高かった ( $p < 0.01$ ). トイレ自立, 移動自立割合は非認知症群が高かった ( $p < 0.001$ ). 入退院時 FIM 得点は 2 時点とも非認知症群で高かった ( $p < 0.001$ ). 一方, PT・OT 総単位数, 回復期リハ平均入院日数と, キーパーソン別自宅退院率では配偶者, 実子で 2 群間に差はなかった.

**研究②:** 主な結果として, 入院一週間の理想/実際, 退院前一週間の理想/実際ともに「ADL 訓練」は第一選択が多い一方, 退院前一週間の理想では退院に向けて「認知症への対応」「認知機能訓練」が多い傾向であった. しかし, 実際は入院直後一週間と変わらず「ADL 訓練」「身体機能訓練」「模擬訓練」の優先度が高かった.

次に, 認知症評価は HDS-R (97.6%)・MMSE (87.8%) の使用率が高く, 「認知症」に対しての OT 内容は「退院へ向けた生活支援」・「家族支援」が多く, 今後の取り組むべき内容は, 「家族指導」・「看護や介護との連携」の割合が他の介入内容に比べて多かった.

**【考察】研究①-1:** 転帰先に影響する「FIM 総得点」が認知症群で低いことは, 入院時に認知症有無を十分に把握することが骨折患者に対する OT 内容の検討には必要なことを示している. また, 入院時点で家族の退院時希望は「移動自立」の割合が 2 群間で差がなく, 認知症有無によらず家族は自宅退院に「移動自立」を重要視しているため, この患者能力と家族希望の乖離が自宅退院阻害の要因の一つになる可能性がある.

**研究①-2:** 入院時比較で受傷前歩行能力に差はなく, 回復期リハで PT・OT 単位数, 平均入院日数にも差がなかったが, 退院時の移動能力は非認知症群の自立度が高かった. 認知症群は退院時の移動能力の実用的な向上に至らず, 「自宅以外」への転帰割合が高かった. 一方, 患者能力低下や認知症に対して理解が良好な家族は自宅退院受け入れが早期から可能と言われている. よって自宅退院の場合には介護保険サービスの利用割合が多く, 患者本人の機能維持と家族介護者の負担軽減を図っていると考えられた. また, 認知症群は配偶者, 実子のキーパーソン別自宅退院率に差はなかったことは, 早期から予後予測の情報提供や自宅訪問にて生活イメージを構築する家族支援が重要になる.

**研究②:** OT 介入内容では, 退院直前も入院直後と変わらない優先順位の可能性が高かった. また, 認知症併存患者への認知機能評価は質問式に限られている傾向があった. OT 介入として退院後の生活を見据えた家族指導, 看護・介護の関係を重視している傾向があるため, より詳細な認知症評価を実施し早期から他スタッフと協力し, 対象者と家族への情動的・技術的支援を地域ネットワークを含めて行うことが必要と考えられた.

**【全体考察まとめ】** 骨折に関する多数のクリニカルパスでは併存が多い認知症に関する留意事項の記載は多くない. 骨折患者は運動器個別対応のみでなく, エビデンスが高いと考えられている多職種が連携して関わる集学的リハビリテーションを, 自宅退院を見据えて早期から実施する環境を整えると同時に, 認知症併存患者の家族支援を考慮した「詳細な認知症評価」や「個別的関わり方法の確立」を行なう必要がある. 自宅での要介護者の生活は, 家族介護が必要であり, 介護力向上への支援は不可欠である. その意味で歩行・ADL の向上率が低く, 自立割合が高くない認知症群において早期から家族支援を含めたクリニカルパスやマニュアルの検討が必須といえる.

**【本研究の課題・限界】** 本研究では限界が 5 点考えられる. まず認知症判定が HDS-R のみに限られている点, 次に認知症形態や BPSD までを考慮していない点, 3 つ目に年齢層別での分析を行っていない点, 4 つ目に, OT プログラムの個別詳細把握を行っていない点, 最後に調査施設と OT が限定されるため一般化に慎重さが必要な点が挙げられる.